

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



За даними Всесвітнього Фонду реєстрації Раку у більшості розвинутих країн світу колоректальний рак (КРР) серед найбільш розповсюджених злоякісних новоутворень займає третє місце, як у чоловіків так і у жінок. У світі щорічно реєструється біля 600 тис. випадків КРР. В США, Канаді та Великобританії КРР займає друге місце після раку передміхурової залози у чоловіків та раку молочної залози у жінок, і становить 15% від усіх злоякісних пухлин. За даними ВОЗ у країнах західної Європи захворюваність складає від 34 на 100 тис. у жінок до 45 на 100 тис. у чоловіків. В Україні захворюваність пухлинами цієї локалізації становить 33 на 100 тис. (17,7 ободової та 16,5 прямої кишки) досягаючи найбільших показників (35-38 на 100 тис.) в південно-східних регіонах нашої країни. У хворих Чернівецької області на рак прямої кишки та анального каналу з 2011 по 2013 роки спостерігалась наступна захворюваність: у 2011 році - 14,8 на 100 тис. нас. (захворіло 120 осіб); у 2012 - 13,4 на 100 тис. нас. (zareєстровано 121 випадок); у 2013 - захворюваність становила 12,7 на 100 тис. нас. (захворіло 115 осіб).

Розподіл по стадіям вперше виявленого раку прямої кишки та анального каналу по роках був наступним: у 2011 році I і II стадії виявлені у 81 хворого (67,5%), 2012 рік - 80 хворих (66,12%), 2013 рік - 40 хворих (44,94%). III стадію було встановлено у 2011 році у 22 хворих (18,33%), 2012 році у 20 хворих (16,53%), 2013 - у 25 хворих (28,09%). Четверту стадію було діагностовано у 2011 році у 17 хворих (14,17%), у 2012 - у 21 пацієнта (17,35%) та у 2013 році в 24 хворих (26,97%).

З 2011 по 2013 рік у Чернівецькій області були зафіксовані наступні показники смертності від раку прямої кишки та анального каналу: 2011 рік - 9,5 на 100 тис. нас. (померло 56 чоловіків та 30 жінок), у 2012 році - 9,9 на 100 тис. нас. (померло 56 чоловіків та 36 жінок) та у 2013 смертність становила 10,1 на 100 тис. нас. (померло 47 чоловіків та 44 жінки). У 2013 році - проведено аналіз літератури, статистичний аналіз захворюваності та смертності від раку прямої кишки та анального отвору серед хворих, які перебували на лікуванні та диспансерному обліку в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері протягом 2011 - 2013 років.

При аналізі вперше виявленого раку прямої кишки та анального каналу, у жителів Чернівецької області відмічалась негативна динаміка, тобто зменшення кількості вперше виявленого раку I і II стадій у 2013 році в порівнянні з попередніми роками, навпаки відмічається збільшення кількості III і IV стадій.

Шумко Б.І.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАНІ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ З УРАХУВАННЯМ СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

Рак гортаноглотки - найбільш важка і прогностично несприятлива форма раку, для якої характерна неспецифічність ранніх клінічних проявів, складність анатомо-топографічної будови, розповсюженість ураження, висока частота регіонарного метастазування, низька ефективність вживаних методів лікування (Давидов М.І., Норматович В.А., 2003).

Питома вага злоякісних пухлин гортаноглотки в структурі онкозахворювань залишається відносно високою - 1,3-2,6%, а серед злоякісних пухлин ЛОР органів - 10-16%. Статистичні дані, що стосуються ЛОР - онкозахворювань на Україні, указують на збільшення цієї онкопатології. Серед усіх відділів глотки її нижній поверх уражається в 20-25% (Пачес А.І., 2000). При такій частоті реєстрації випадків захворюваності не зменшується інтерес до удосконалення способів лікування раку гортаноглотки. Цьому сприяють і низькі показники видужання хворих з даною локалізацією раку - 5-літня виживаність, за даними більшості авторів, констатується не більш ніж у 30% хворих.

Проведений аналіз результатів лікування 58 хворих зі злоякісними новоутвореннями гортаноглотки, що знаходились на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2012-2013 року. У всіх хворих діагноз був підтверджений результатами цитологічного або гістологічного дослідження. Узагальнені результати лікування 58 хворих (50 чоловіків і 8 жінок) раком гортаноглотки. Абсолютна більшість пацієнтів була старше 40 років.

Стадія 0: Хворий К., 52 діагноз підтверджено морфологічно під час ендоскопічного дослідження з послідовною біопсією в Чернівецькому обласному ЛОР центрі. На цій стадії злоякісна пухлина зазвичай не поширюється на навколишні тканини, хоча в деяких випадках можливі виключення. В якості лікування було проведено випалювання зміненого поверхневого шару тканин, що покривають гортаноглотку за допомогою лазерної ексцизії. На сьогоднішній день це є альтернативний метод. Після лікування пацієнт підлягає ретельному спостереженню для виключення рецидиву.

У випадку якщо карциноми *in situ*, не піддається лікуванню за допомогою лазерної ексцизії, і буде спостерігатись рецидив, то пацієнту буде додатково призначено ад'ювантна променева терапія. У 96-100% випадків пацієнти із злоякісними пухлинами на цій стадії мають високу тривалість життя навіть без виконання великих операцій на гортані і гортаноглотці. Ці пацієнти повинні розуміти, що продовження паління підвищує ризик розвитку у них нової пухлини.

Хворим в яких була діагностовано I стадія - променева терапія виявлялась ефективним методом лікування у 80-90% випадків. При II стадії раку гортані в 70-80% випадків. Ефективність оперативного методу лікування характеризувалась аналогічними показниками.



При III і IV стадії раку гортані і гортаноглотки хворим проводили комбіноване лікування, що полягало в поєднанні оперативного лікування з променевою терапією, променевої терапії з хіміотерапією або оперативного лікування з променевою і хіміотерапією. Якщо за допомогою хіміопротропної терапії нам не вдавалось повністю знищити пухлинні вогнища, то ми виконували оперативне втручання. Об'єм операції в області глотки при пухлинах гортаноглотки залежав від міри поширеності пухлини, але у більшості випадків операція полягала в повному видаленні гортані, хоча був випадок коли при раку гортані T3 стадії можливо було провести часткову ларингектомію. Із-за високого ризику враження лімфатичних вузлів завжди виконувалась дисекція лімфовузлів шії.

Комбінована хіміотерапія всім хворим проводилась 2-3 курсами за схемами: PF, PFB і CPFV. У схему PF включалося внутрішньовенне введення препарату цисплатини - 100 мг/м² в 1-й день введення на фоні гіпергідратації. Введення 5-фторурацилу здійснювалось в дозі 800-1000 мг/м² в 1-5-й дні. При використанні схеми PFB пацієнтам, окрім цисплатини, 5-фторурацилу у вказаних вище дозах, вводили в 1-3-й дні блеомицин по 5-7,5 мг/м². Схема CPFV включала, окрім цисплатини в дозі до 30 мг/м² в 1-й день курсу, внутрішньовенне введення карбоплатини в дозі до 120 мг/м². Оцінку ефективності результатів хіміотерапії у пацієнтів раком гортаноглотки проводили за допомогою непрямой фарингоскопії, УЗД та КТ органів шії. Таким чином, проведене хворим комплексне протипухлинне хіміопротропне лікування за наведеними схемами є ефективнішим в порівнянні з використанням хіміо та променевої терапії, як самостійних методів лікування.

Перевагою хіміопротропної терапії є збереження гортані. Ефективність цього методу лікування, не поступається ефективності оперативного лікування. Запропоновані схеми лікування зменшують розміри метастазів та збільшують їх рухливість, що покращує умови подальшого хірургічного лікування метастатичного процесу і сприяє виживанню хворих в цілому.

СЕКЦІЯ 15

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Венгловська Я.В., Сидорчук А.С., Богачик Н.А., Сорохан В.Д.

КЛІНІКО-МІКРОБІОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОЛУ-250 У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ І ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ НА БУКОВИНІ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

Гострі кишкові інфекції у світі щороку становлять величезну медико-соціальну проблему. Згідно з даними ВОЗ, у світі щорічно реєструється близько 1 млрд хворих на гострі кишкові інфекції, а захворюваність ними має неухильну тенденцію до зростання. В Україні ризик розвитку хвороб, пов'язаних з вживанням їжі, води, різних напоїв, що заражені різноманітними умовно-патогенними мікроорганізмами, патогенними збудниками, вірусами, зростає у літньо-осінню пору.

З огляду на незадовільний стан технічного оснащення для очищення води та водогінної мережі, а також молокозаводів й інших підприємств харчової промисловості, інфляційні процеси в Україні, прискорення еволюції інфекційних хвороб, особливо з групи гострих кишкових інфекцій не дають серйозних підстав очікувати швидкого поліпшення епідемічної ситуації.

Мета дослідження - оцінити ефективність застосування пробіотика Ентерол-250, який відновлює мікрофлору кишечника й має виражену антидіарейну дію, у комплексному лікуванні хворих на харчові токсикоінфекції та гастроінтестинальний сальмонельоз.

Впродовж 2013-2014 рр. на базі інфекційного стаціонару КМУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці» проведено клініко-епідеміологічні та лабораторні дослідження (загально-клінічні, бактеріологічні з вивчення складу мікрофлори кишечника) у 38 дорослих хворих: 21 пацієнт з харчовою токсикоінфекцією (гендерно 9 - чоловіків, 12 - жінок) та 17 хворих на середньотяжку форму гастроінтестинального сальмонельозу, спричиненого *Salmonella enteritidis* у віці від 20 до 58 років, із наступним гендерним розподілом - 8 осіб чоловічої статі, 9 - жіночої.

Шляхом застосування дескриптивних прийомів епідеміологічної діагностики з'ясовано, що виникнення недуги пацієнти пов'язували зі споживанням різноманітних страв, зокрема гамбургерів, хот-догів, недосмажених яєць, тістечок з кремом, курей гриль, печінкового торта (із майонезом домашнього виготовлення), що підтвердило фекально-оральний механізм, реалізований харчовим шляхом передачі збудника. Впродовж 24 годин від початку захворювання госпіталізовано дванадцятьох осіб, на другий-третій день зверталися більшість захворілих - шістьнадцятьох з кількості обстежених.

У всіх хворих зареєстровано гострий початок хвороби, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, озноб, біль голови, загальну слабкість, нудоту, блювання, біль у животі, переважно в епігастрії та у правій здухвинній ділянці, рідкі випорожнення (до десяти разів на добу), у більшості пацієнтів жовтуватого чи зеленуватого кольору з неприємним запахом.

Встановлені зміни мікробіоценозу товстої кишки: зниження кількості лактобактерій < 10⁶ КУО/г фекалій; загальної кількості *E.coli* нижче < 10⁶ КУО/г. Кількість біфідобактерій наближалася до норми, гриби роду *Candida* - 10⁵ КУО/г. Хворі були розподілені на дві групи: пацієнти I групи (23 осіб) отримували базисну



терапію: дезінтоксикаційно-регидраційну, ентеросорбенти, ферментні та антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин), а 15 хворим другої групи, окрім традиційної терапії, призначали Ентерол-250 по 1 капсулі 2 рази на день упродовж 5 діб.

Ефективність застосування пробіотики оцінювали за клінічними та мікробіологічними критеріями. У хворих, які отримували Ентерол-250, швидше регресували явища загальної інтоксикації і диспепсичні прояви кишкових недуг. При повторному дослідженні мікрофлори товстої кишки констатовано збільшення популяційного рівня лактобактерій – кількість сягала рівня 10^6 КУО/г.

Захворювання на харчові токсикоінфекції та гастроінтестинальний сальмонельоз супроводжується діарейним та інтоксикаційним синдромами, а також істотними змінами кишкового нормобіоценозу, що вимагає корекції. Застосування Ентеролу-250 у комплексній терапії є ефективним і доцільним із клінічної та мікробіологічної позицій, зважаючи на антидіарейну і вториннодетоксикуючу дію, та здатність нормалізувати нормобіоценоз кишечника.

Височанська Т.П.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ТА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ У РІЗНИХ ФІЗИКО-ГЕОГРАФІЧНИХ РАЙОНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

На псоріаз страждає від 2 до 4 % населення світу, а в Україні на сьогодні зареєстровано понад 1 млн. таких хворих. Актуальність вивчення псоріазу обумовлює характер його клінічного перебігу – поширене ураження шкіряного покриву переважно працездатного населення, розвиток множинних ускладнень, у т.ч. ураження опорно-рухового апарату, що обґрунтовує актуальність наукових досліджень щодо покращення лікування даного дерматозу.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних ландшафтних регіонів Чернівецької області шляхом диференційованого призначення лікарських засобів на основі визначених у біосубстратах хворих елементних порушень.

Проаналізовано захворюваність на псоріаз у мешканців різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) районів Чернівецької області за останні 3 роки (2011-2013 рр.). Засвідчено, що серед рівнинних районів найбільш високі показники поширеності псоріазу з тенденцією до зростання у Хотинському, Кіцманському і Новоселицькому районах, а в передгірних – у Герцаївському та Сторожинецькому районах. Найнижчі показники поширеності псоріазу відзначено серед мешканців гірських районів області – Вижицького і Путильського, однак за тенденції до зростання абсолютної кількості хворих на псоріаз у цих районах за останні 3 роки.

Проведено клініко-лабораторне обстеження 86 хворих на псоріаз (51 чоловік, 35 жінок) 18 - 82 років, з них 37 пацієнтів з артропатичною формою дерматозу, які проживають на території різних фізико-географічних територій Чернівецької області (Північної Буковини): 24 (27,9%) хворих – у рівнинних, 39 (45,3%) – у передгірних і 23 (26,8%) – у гірських районах області. У всіх обстежених дерматоз мав хронічний перебіг і тривав від 6 місяців до 35 років.

У взятих на облік пацієнтів для оцінки клінічних проявів псоріазу та ефективності різних методів його терапії було вираховано індекс – PASI, середнє значення якого на початку лікування у хворих на вульгарний псоріаз склав $22,7 \pm 0,612$, на артропатичний – $29,4 \pm 0,523$. Відповідно у рівнинних районах індекс PASI склав $26,6 \pm 0,913$; у передгірних – $21,5 \pm 0,87$; у гірських – $28,2 \pm 0,867$ та з проявами оніходистрофії. Було визначено вміст окремих макро- й мікроелементів (заліза, цинку, кальцію, марганцю) у біосубстратах (крові, волоссі, нігтях) методом спектрофотометричного аналізу у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз. Встановлено, що у хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз – мешканців рівнинних регіонів вірогідно знижений порівняно з особами контрольної групи вміст у крові заліза (на 26,1%, $p < 0,01$), у волоссі – цинку (на 23,9%, $p < 0,001$), у нігтях – заліза, цинку й марганцю (відповідно: на 17,9%, $p < 0,01$, 12,5%, $p < 0,05$ та у 1,78 рази, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз із передгірних регіонів вірогідно знижений вміст у крові кальцію (на 28,1%, $p < 0,05$), а у нігтях – заліза та марганцю (відповідно: на 27,3% та 36,5%, $p < 0,001$). У хворих на псоріаз із гірських регіонів, особливо з артропатичною формою, вірогідно знижений вміст у крові кальцію (в 2,01 рази, $p < 0,001$), у нігтях – цинку та заліза (відповідно: на 32,8% та 33,6%, $p < 0,001$).

У процесі лікування хворих на вульгарний та артропатичний псоріаз із різних регіонів поділили на групи: порівняльні, які отримували засоби базової терапії псоріазу згідно Наказу МОЗ України №312, та основні групи, хворі яких отримали комплексне лікування – базову та елементну терапію. Хворим на псоріаз основної групи з рівнинного регіону призначали Феррум лек, а через місяць (зважаючи на дефіцит у волоссі й нігтях цинку і заліза, а у нігтях – марганцю) – Цинктерал і Тотему впродовж 1 місяця, після чого встановлено вірогідне ($p < 0,05$) збільшення у волоссі вмісту цинку (на 21,0%; до лікування – $142,3 \pm 5,81$ мг/кг, після лікування – $180,1 \pm 5,16$ мг/кг), а в нігтях – марганцю (на 23,4%; відповідно: $0,781 \pm 0,058$ мг/кг і $1,02 \pm 0,068$ мг/кг) і заліза (на 23,3%; відповідно: $24,7 \pm 1,48$ мг/кг і $32,2 \pm 1,61$ мг/кг) за лише тенденції до зростання вмісту заліза в нігтях хворих порівняльної групи. До базового лікування хворих на вульгарний і артропатичний псоріаз основної групи з передгірного регіону включали Кальцій-Д3 нікомед форте, а через місяць (через дефіцит у нігтях марганцю і заліза) – Тотему впродовж 1 місяця, внаслідок чого через 6-7 місяців у цих пацієнтів



встановлено вірогідне ($p < 0,05$) зростання в нігтях вмісту марганцю (на 40,9%; до лікування – $0,821 \pm 0,063$ мг/кг, після лікування – $1,39 \pm 0,054$ мг/кг) без вірогідної його динаміки у хворих порівняльної групи. Хворі на вульгарний та артропатичний псоріаз основної групи з гірського регіону на тлі базового лікування отримали Кальцій-Д3 нікомед форте, а через місяць – Цинктерал, Феррум лек і Кальцій-Д3 нікомед форте впродовж 1 місяця. Через 6-7 місяців після лікування у хворих на псоріаз порівняльної групи виявлено зменшення у волоссі вмісту заліза й цинку, в той час як у хворих основної групи – вірогідне ($p < 0,05$) порівняно з показниками наприкінці лікування зростання в крові вмісту кальцію (на 25,8%; відповідно: $3,25 \pm 0,127$ мг/кг і $4,38 \pm 0,168$ мг/кг) і заліза (на 14,8%; відповідно: $42,1 \pm 1,36$ мг/кг і $49,4 \pm 1,59$ мг/кг), а в нігтях – збільшення порівняно з початковим рівнем вмісту заліза (на 25,9%; $24,8 \pm 1,72$ мг/кг і $33,5 \pm 1,28$ мг/кг) і цинку (на 21,7%; $177,3 \pm 4,85$ мг/кг і $226,4 \pm 8,07$ мг/кг). Покращилися найближчі (збільшення кількості хворих, виписаних в стані клінічної ремісії чи значного покращання; зменшення індексу PASI в основних групах) та віддалені наслідки лікування хворих на псоріаз (подовження тривалості ремісії дерматозу в 1,58; 1,48 та 1,56 рази, зменшення кількості загострень в році в 1,49; 1,71 та 1,52 рази).

Отже, з метою оптимізації лікування та профілактики псоріазу, в тому числі артропатичного, у мешканців різних фізико-географічних районів рекомендовано на тлі базової терапії диференційоване й поетапне призначення лікарських засобів із вмістом цинку, заліза, марганцю і кальцію, що сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації елементного складу біосубстратів таких пацієнтів та покращує результати їх лікування.

Возна Х.І., Меленко С.Р.

РОЛЬ ЕНДОТЕЛІУ У ПАТОГЕНЕЗІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Буковинський державний медичний університет

За рейтинговою оцінкою UNODS Україна посідає 22 місце серед 123 країн світу за кількістю людей, що живуть з ВІЛ. Щодня в Україні офіційно реєструються 52 нових випадки інфікування, а вісім людей помирають через СНІД. Останнім часом особливу увагу науковців привертає роль ендотелію у патогенезі ВІЛ-інфекції. На місцевому рівні ендотелій утворює стінку гемокапілярів – синусоїдів, які забезпечують обмін між кров'ю і тканинами, у ширшому розумінні ендотеліальна вистилка судин організму розглядається як самостійний активний орган, що забезпечує гомеостаз судинної стінки і є важливим бар'єром на шляху поширення та розвитку інфекції. Молекули, які експресуються ендотелієм та є маркерами його активації і пошкодження, існують в розчинних формах у кровоносному руслі. Їх можна ідентифікувати якісно та кількісно лабораторними методами. Зокрема, високочутливими тестами є визначення в периферичній крові вмісту ендотеліну та оксиду азоту.

На сьогодні підтверджена участь судинного ендотелію в різних патологічних процесах, що призводять до ішемічно-гіпоксичних, мікроциркуляторних порушень: зміна секретії оксиду азоту та ендотеліну-1, зміна ендотеліалейних механізмів вазорегуляції, активація окислювальних процесів, гемореологічні порушення, активація тромбоцитарної ланки гемостазу, ініціація проліферативних процесів гладком'язових клітин судин, пошкодження ендотеліоцитів. У зв'язку з цим набуває великого значення подальше вивчення тонких механізмів судинного патогенезу різноманітної інфекційної патології.

Метою дослідження стало вивчення вмісту зазначених маркерів ендотеліальної дисфункції у крові хворих на ВІЛ-інфекцію, їх змін залежно від клінічної стадії недуги та під впливом різних методів лікування.

На підставі дослідження маркерів ендотеліальної дисфункції на фоні ВІЛ-інфікування обстежили 136 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Встановлено, що по мірі прогресування імунodefіциту рівень ендотеліну-1 суттєво перевищує, а оксиду азоту – достовірно нижчий, ніж показники здорових осіб. Щоправда, стосовно останнього показника, така закономірність не стосується осіб у I клінічній стадії ВІЛ-інфекції, коли концентрація оксиду азоту достовірно перевищує норму. У разі глибокого імунodefіциту (III й IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції/СНІДу) вказані маркери досягають відповідно критично високих і низьких значень.

У результаті досліджень встановлено сильну обернену кореляцію між кількістю Т-хелперів і рівнем ендотеліну-1, а між кількістю CD4⁺-лімфоцитів і концентрацією оксиду азоту при II-IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції – середню пряму. Через 3 місяці симптоматичної чи антиретровірусної терапії жоден із досліджуваних маркерів ендотеліальної дисфункції суттєво не змінився ($p > 0,05$), що вказує на відсутність впливу зазначеного лікування на стан ендотелію. Таким чином, включення до терапії молсидоміну, не впливаючи суттєво на рівень ендотеліну-1, забезпечувало часткове підвищення рівня оксиду азоту, донатором якого є цей препарат.

Волошина Н.О., Денисенко О.І.

ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНІ ВУГРИ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Кафедра дерматовенерології

Буковинський державний медичний університет

Вугри звичайні (акне вульгарні) – поліфакторний дерматоз, в основі якого лежить утворення перифолікулярного запалення сально-волоссяних фолікулів на тлі гіперпродукції салових залоз, патологічної десквамації епітелію себаційних фолікулів та активації сапрофітних й умовно патогенних мікроорганізмів. Розвитку дерматозу сприяють генетична схильність, розлади нейроендокринної регуляції, метаболічні